



INSCRIPTION ET AUTORISATIONS

Avril 2026 à Mars 2027

Collecte de renseignements personnels

Les informations demandées dans ce document constituent un outil essentiel pour permettre à l'équipe de la Maison Maguire d'offrir un accompagnement sécuritaire, adapté et de qualité au participant. Nous vous invitons à le remplir avec soin afin de nous transmettre les renseignements nécessaires à une bonne compréhension de ses besoins.

Les renseignements recueillis sont personnels et confidentiels. Ils sont utilisés uniquement dans le cadre de nos interventions, accessibles au personnel autorisé et traités conformément aux lois en vigueur. Vous pouvez en tout temps demander l'accès, la rectification ou le retrait de vos renseignements. En signant ce formulaire, vous consentez à la collecte et à l'utilisation de ces renseignements aux fins décrites ci-dessus.

Je confirme avoir pris connaissance de ces informations et j'autorise la Maison Maguire à recueillir et utiliser les renseignements personnels nécessaires dans le cadre de ses services.

Signature de la personne responsable

Date

COLLECTE DE DONNÉES 2026-2027

Obligatoire annuellement



Photo récente
(les nouveaux participants doivent OBLIGATOIREMENT faire parvenir une photo)

Prénom du participant: _____

Nom du participant : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro d'assurance-maladie : _____ Date d'expiration : _____

Date de naissance : _____

Langue parlée : Français Anglais Autres : _____

Nom du père : _____

Nom de la mère : _____

Résidence actuelle : Parent Famille d'accueil R.I RPA Autre :

Nom de la personne responsable du domicile : _____

Adresse complète : _____

Numéro de cellulaire : _____ Numéro au bureau : _____

Courriel : _____

Nom du ou des tuteur(s) légaux ou du curateur légal (titre) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone à la maison : _____ Bureau : _____

Cellulaire : _____ Courriel : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence. La personne doit être disponible en tout temps.

Nom : _____ Lien avec le participant : _____

Téléphone maison : _____ Cellulaire : _____

Nom : _____ Lien avec le participant : _____

Téléphone maison : _____ Cellulaire : _____

Nom de l'éducateur/éducatrice spécialisé(e) : _____

Téléphone : _____

Nom de travailleur/travailleuse social(e) : _____

Téléphone : _____

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

Nom de la pharmacie : _____ Téléphone : _____

DIAGNOSTICS MÉDICAUX

Déficiência intellectuelle : Légère Modérée Grave Profonde Non-catégorisé

Syndrome de Down (Trisomie 21) **Autre syndrome** :

Déficiência motrice

Troubles neurologiques : Paralysie cérébrale TCC AVC Épilepsie
 Autre :

Troubles neuromusculaires : Ataxie Autre :

Atteintes de la moelle épinière : Lésion médullaire Autre :

Malformations congénitales : Spina bifida Autre :

Troubles orthopédiques importants :

Déficiência visuelle

Basse vision Cataracte Glaucome Rétinite pigmentaire
 Dégénérescence maculaire Cécité Autre :

Déficiência auditive

Surdité légère à modérée Surdité sévère à profonde Autre :

Trouble neurodéveloppemental

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : TDA TDAH
Manifestation : Inattention Impulsivité/Agressivité Hyperactivité

Trouble du langage oral :

TDL/Dysphasie Retard du langage Trouble articulaire

Trouble du langage écrit

Trouble de la parole: Bégaiement Non-verbal

Trouble de la coordination motrice : Dyspraxie motrice Autre :

Trouble santé mentale

Troubles anxieux : Phobies Trouble panique Anxiété généralisé
Manifestation :

Trouble de l'humeur : Dépression Troubles bipolaires
Manifestation :

Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) :
Manifestation :

Trouble de la personnalité limite (TPL) :
Manifestation :

Troubles psychotiques: Psychose Schizophrénie Hallucination
Manifestation :

FICHE SANTÉ

Diabète type 1 **Diabète** type 2 À insuline **Si échelle d'insuline, veuillez la fournir**

Prise de glycémie capillaire : Non Oui Avec capteur de glycémie **À quelle fréquence** :

Épilepsie Signe(s) d'une crise:

Absences Perte du tonus musculaire Spasmes musculaires Convulsions Automatismes

Autre :

Date de la dernière crise :

Durée moyenne d'une crise :

Troubles respiratoires : Asthme MPOC Emphysème Apnée du sommeil Autre :

Dans la dernière année, a-t-il eu une hospitalisation pour l'un de ces troubles?

Si oui, date et durée du séjour :

Troubles cardiovasculaires : Hypertension artérielle Angine de poitrine Infarctus

Insuffisance cardiaque Arythmie cardiaque Thrombose veineuse/Phlébite Autre :

Dans la dernière année, a-t-il eu une hospitalisation pour l'un de ces troubles?

Si oui, date et durée du séjour :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Cholestérol Stimulateur cardiaque implanté (pacemaker) Défibrillateur implanté

Maladies rénales : Précisez :

Maladies hépatiques : Précisez :

Maladies du sang : Précisez :

Prise d'un anticoagulant (*Warfarin, Coumadin, Plavix, Dabigatran, Rivaroxaban*)

Allergies médicaments connus :

Allergies saisonnières : Pollen Foins Gazon Autre :

Allergies animalières : Chiens Chats Oiseaux Chevaux Piqûres d'insectes/Abeilles :

Allergies alimentaires graves (qui nécessite un auto-injecteur d'adrénaline) Utilisation *Epipen*

Arachides Noix Œufs Fruits de mer Poisson Fruits :

Maladie coéliquaue Autre :

Intolérance(s) alimentaires :

Manifestation :

Intervention chirurgicale : Date

Accident grave (séquelle) : Date

Hospitalisation : Date

Vaccination : Tétanos Rougeole Zona Inconnue

Autres :

MÉDICAMENT(S) PERSONNEL(S)

Pour tous participants venant au répit, il est OBLIGATOIRE d'avoir :

- Médicaments dans des dosettes
- Copie de la carte d'assurance-maladie
- Liste des médicaments et leur posologie à jour
- Étiquetage des médicaments qui ne peuvent être dans des dosettes

Afin d'assurer la sécurité et la bonne administration des médicaments, nous demandons que ceux-ci soient fournis dans des **dosettes préparées par la pharmacie ou dans des dosettes préparées à la maison**. Il est également essentiel de nous transmettre une **liste à jour des médicaments ainsi que leur posologie**. Les médicaments qui ne peuvent pas être mis dans des dosettes (ex : crèmes, pompes ou tout autre médicament) doivent **porter clairement l'étiquette d'ordonnance de la pharmacie** (incluant le nom du participant, le nom du médicament, la posologie et la date). Merci de votre collaboration essentielle au bien-être et à la sécurité de tous.

SVP Bien remplir la liste des médicaments ou nous transmettre la liste de la pharmacie

Liste des médicaments du participant					
Nom du médicament	Dosage	Déjeuner	Dîner	Souper	Coucher

Moyens pour faciliter la prise du médicament : Eau Jus Yogourt/compote Broyé Autre :

PRISE DE MÉDICAMENT(S) EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel formé de la Maison Maguire à administrer, en cas de besoin, un ou plusieurs des médicaments suivants ou leur équivalent générique :

- Acétaminophène (*Tyléno!, Atasol, etc.*)
- Antibiotique en crème (*Polysporin, etc.*)
- Antiémétique (*Gravol, etc.*)
- Laxatif (*jus de pruneau, suppositoire, Lax-A-Day, etc.*)
- Antihistaminique (*Bénadryl, etc.*)
- Anti-diarrhée (*Immodium, etc.*)
- Autres :

Signature de la personne responsable

Date

J'autorise le personnel de la Maison Maguire à intervenir en cas d'accident afin que les premiers soins soient apportés et que la personne soit **transportée à l'hôpital en cas de besoin** : Oui Non

Advenant un problème de santé majeure (arrêt cardiorespiratoire ou autres), est-ce que vous autorisez les personnes certifiées de la Maison Maguire **à tenter la réanimation du participant à l'aide du défibrillateur externe automatisé** avant l'arrivée des ambulanciers?

Oui Non **Si non, une feuille d'autorisation médicale du médecin est obligatoire**

Signature de la personne responsable

Date

ACTIVITÉS DE LOISIR

Quelles sont ses activités préférées à l'intérieur ?	Quelles sont ses activités préférées à l'extérieur ?
Quelles sont ses activités préférées à faire seul?	Quelles sont ses activités préférées en groupe?
Le (la) participant(e) aime-t-il(elle) faire des sorties? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas de différence	
Des activités à ne pas faire, qu'il ou qu'elle n'aime pas?	

AUTORISATIONS

AUTORISATION DE DÉPLACEMENT

J'autorise le participant de cette collecte à effectuer des déplacements occasionnellement pour des sorties extérieures de groupe dans un véhicule du personnel de la Maison Maguire ou d'une compagnie de transport et dont l'assurance est en vigueur. Oui Non

AUTORISATION DE DROIT DE PHOTOS ET VIDÉOS

J'autorise la Maison Maguire à prendre des photos sur lesquelles le participant apparaît comme figurant(e) dans le cadre d'une activité ou d'une sortie. Ces photos ou vidéos pourraient être diffusées par courriel, sur le site web ou la page Facebook de la Maison Maguire, dans des documents administratifs, lors d'expositions photos, etc. Oui Non

AUTORISATION AUX ACTIVITÉS NAUTIQUES

J'autorise le participant à participer aux activités nautiques : pédalo, canot, baignade, kayak et/ou planche à pagaie. Une veste de flottaison est OBLIGATOIRE et lui sera fournie par la Maison Maguire. Oui Non

Signature de la personne responsable

Date

Comportement

<u>Comportement non-désiré</u> Description du comportement	
<u>Pendant :</u> Interventions suggérées	
<u>Pendant :</u> Est-il capable de s'autorégulariser?	
<u>Après :</u> Intervention favorisant le retour	
<u>Interventions préventives</u> <u>suggérées</u>	

Comportement

<u>Comportement non-désiré</u> Description du comportement	
<u>Pendant :</u> Interventions suggérées	
<u>Pendant :</u> Est-il capable de s'autorégulariser?	
<u>Après :</u> Intervention favorisant le retour	
<u>Interventions préventives</u> <u>suggérées</u>	

SEXUALITÉ ET INTIMITÉ

Dans le but d'offrir un milieu de vie sécuritaire, respectueux et adapté aux besoins de chacun, la Maison Maguire a ajouté un volet concernant la sexualité et l'intimité à sa collecte de données. Les informations suivantes visent à assurer un encadrement respectueux, sécuritaire et adapté aux besoins du participant, et peuvent être fournies selon votre connaissance et votre aisance.

Étant donné que les participants partagent certains espaces communs (chambres, salon, salle à manger) lors du centre de jour et des séjours de répit, ces informations nous permettent de mieux comprendre leurs besoins, d'assurer le respect des limites de chacun et de prévenir les situations inconfortables ou à risque.

Les renseignements recueillis servent uniquement à adapter notre encadrement, à favoriser le bien-être de tous et à intervenir de façon appropriée, dans le respect de la dignité et de l'intimité des participants.

<p><u>Relations et consentement</u> <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p> <p><input type="checkbox"/> Le participant a une relation amoureuse avec une personne qui fréquente la Maison Maguire</p> <p><input type="checkbox"/> Le participant démontre un intérêt pour des relations amoureuses</p> <p><input type="checkbox"/> Le participant comprend le refus (le sien et celui des autres)</p> <p><input type="checkbox"/> Une supervision ou un encadrement est nécessaire</p>	<p style="text-align: center;">Précisions importantes ou attentes de la famille/tuteur</p>
<p><u>Comportements observés</u> <input type="checkbox"/> Aucun comportement</p> <p><input type="checkbox"/> Autostimulation</p> <p><input type="checkbox"/> Masturbation (dans un contexte approprié)</p> <p><input type="checkbox"/> Masturbation dans des lieux publics</p> <p><input type="checkbox"/> Paroles ou gestes sexualisés envers autrui</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté à respecter les limites physiques des autres</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p style="text-align: center;">Précisions importantes (déclencheurs, fréquence, etc.)</p>
<p><u>Encadrement et interventions</u> <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p> <p>Stratégies efficaces à privilégier :</p> <p><input type="checkbox"/> Rappels verbaux</p> <p><input type="checkbox"/> Redirection vers activité</p> <p><input type="checkbox"/> Encadrement plus étroit</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p style="text-align: center;">Précisions importantes/déclencheurs connus ou situations à éviter</p>
<p><u>Autres informations supplémentaires importants concernant la sexualité et l'intimité</u></p>	

Informations supplémentaires concernant le participant	
<input type="checkbox"/> Situation anxiogène :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Irritants :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Peurs/Phobies :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Dépendances :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Évènement(s) marquant(s) <i>déménagement, décès d'un proche/animal, maladies graves, autres...</i>	

HYGIÈNE			
Je me lave	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec aide/supervision <input type="checkbox"/> Quelqu'un doit me laver	Je me brosse les dents	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec supervision <input type="checkbox"/> Avec aide
Je préfère	<input type="checkbox"/> Douche debout <input type="checkbox"/> Douche sur chaise adaptée <input type="checkbox"/> Bain adapté supervisé en tout temps <input type="checkbox"/> Bain adapté avec un lève-patient	Je prends soin de ma prothèse dentaire	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Aucune
Je porte une culotte d'incontinence	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Le jour seulement <input type="checkbox"/> La nuit seulement <input type="checkbox"/> En tout temps	Autres produits d'hygiène	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel : Quand :
Élimination	Vésicale	Intestinale	
	Normale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Fréquence : Incontinence occasionnelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Normale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Fréquence : Incontinence occasionnelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Sujet à la constipation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Sujet à la diarrhée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Autres soins particuliers	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Le(s)quel(s)?		
AUTRES BESOINS			

Je m'habille	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec aide/avec supervision <input type="checkbox"/> Quelqu'un doit m'habiller	Je porte une	<input type="checkbox"/> Orthèse Endroit: <input type="checkbox"/> Prothèse Endroit : <input type="checkbox"/> Autres:
Je me déplace	<input type="checkbox"/> Seule(e) sans aide <input type="checkbox"/> Avec canne/tripode/quadrupode <input type="checkbox"/> Ceinture de marche <input type="checkbox"/> Marche accompagnée <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé <input type="checkbox"/> Marchette/déambulateur <input type="checkbox"/> Autres :		
Les transferts	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> 1 pers. en pivot <input type="checkbox"/> À 2 pers. <input type="checkbox"/> Avec lève-patient		
Mon audition est	<input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Je porte des appareils auditifs <input type="checkbox"/> Sourde	Ma vue est	<input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Je porte des lunettes <input type="checkbox"/> Je suis aveugle, on doit me guider
Ma compréhension	<input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Faible	Je m'exprime	<input type="checkbox"/> Normalement <input type="checkbox"/> Par gestes <input type="checkbox"/> Peu ou pas <input type="checkbox"/> Pictogramme <input type="checkbox"/> Avec difficulté <input type="checkbox"/> Tablette

ALIMENTATION

Je mange...	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Ustensiles adaptés <input type="checkbox"/> On doit me nourrir	Particularités	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Coupé très finement <input type="checkbox"/> Purée texturée <input type="checkbox"/> Purée lisse <input type="checkbox"/> Autres :
Je bois...	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Verre adapté <input type="checkbox"/> Avec une paille <input type="checkbox"/> On doit me faire boire	Liquides épaissis	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Texture : <input type="checkbox"/> Nectar <input type="checkbox"/> Pouding <input type="checkbox"/> Miel <input type="checkbox"/> Avec quoi épaissir :
Pour déjeuner, je bois ...	<input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Thé <input type="checkbox"/> Tisane <input type="checkbox"/> Jus <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> Autres : <i>À noter que nous n'offrons pas de café/thé pour l'heure du souper.</i>		
Pour le dîner, je bois ...	<input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Thé <input type="checkbox"/> Tisane <input type="checkbox"/> Jus <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> Autres : <i>À noter que nous n'offrons pas de café/thé pour l'heure du souper.</i>		
Diète particulière	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Expliquez? (ex. : sans sucre, sans sel...)		
Je ne mange pas de ...	<input type="checkbox"/> Je mange de tout <input type="checkbox"/> Je n'aime pas : <input type="checkbox"/> préférences alimentaires limitées, donc je préfère manger :		

SOMMEIL

Heure du réveil/lever		Heure du coucher	
À noter que l'heure maximale du coucher à la Maison Maguire est à 22h00			
Sieste	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Oui en Am ou PM		
Je me réveille la nuit	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Oui Expliquez cause :		
Particularités	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Monter les ridelles de lit <input type="checkbox"/> Positionnement dans le lit <input type="checkbox"/> Besoin de suivre sa routine (<i>prendre le temps d'expliquer la routine avant le départ</i>) <i>Si je dors avec un toutou ou une couverture, svp, bien vouloir l'apporter lors du répit</i>		

Autres informations pertinentes à nous communiquer

--

AIDE-MÉMOIRE POUR LE CONTENU DE LA VALISE

Répit de fin de semaine (3 jours et 2 nuits)	Répit d'été et répit de relâche (5 jours et 4 nuits)
<input type="checkbox"/> Pyjamas (2)	<input type="checkbox"/> Pyjamas (3)
<input type="checkbox"/> Pantoufle (1)	<input type="checkbox"/> Pantoufle (1)
<input type="checkbox"/> Sous-vêtements (3)	<input type="checkbox"/> Sous-vêtements (5)
<input type="checkbox"/> Paire de bas (3)	<input type="checkbox"/> Paire de bas (5)
<input type="checkbox"/> Chandails manches longues ou manches courtes(3)	<input type="checkbox"/> Chandails manches longues ou manches courtes(5)
<input type="checkbox"/> Pantalon long ou court (3)	<input type="checkbox"/> Pantalon long ou court (5)
<input type="checkbox"/> Soulier/ espadrilles/ sandales (1)	<input type="checkbox"/> Soulier/ espadrilles/ sandales (1)
<input type="checkbox"/> Savon pour le corps/ Savon pour les cheveux	<input type="checkbox"/> Savon pour le corps/ Savon pour les cheveux
<input type="checkbox"/> Brosse à dents/ Pâte à dents	<input type="checkbox"/> Brosse à dents/ Pâte à dents
<input type="checkbox"/> Doudou/Toutou (si besoin)	<input type="checkbox"/> Doudou/ Toutou (si besoin)
<input type="checkbox"/> Nécessaire pour dentier (si besoin)	<input type="checkbox"/> Nécessaire pour dentier (si besoin)
<input type="checkbox"/> Nécessaire pour la barbe (rasoir, crème)	<input type="checkbox"/> Nécessaire pour la barbe (rasoir, crème)
<input type="checkbox"/> Peigne ou brosse à cheveux	<input type="checkbox"/> Peigne ou brosse à cheveux
<input type="checkbox"/> Déodorant	<input type="checkbox"/> Déodorant
<input type="checkbox"/> Serviette sanitaire ou culotte d'incontinence (si besoin)	<input type="checkbox"/> Serviette sanitaire ou culotte d'incontinence (si besoin)
<input type="checkbox"/> Pantalon d'hiver/ mitaine/ tuque/ foulard	<input type="checkbox"/> Pantalon d'hiver/ mitaine/ tuque/ foulard (hiver)
<input type="checkbox"/> Nécessaire pour appareil auditif (si besoin)	<input type="checkbox"/> Nécessaire pour appareil auditif (si besoin)
<input type="checkbox"/> Manteau léger/coupe vent	<input type="checkbox"/> Manteau léger
	<input type="checkbox"/> Maillot de bain/Serviette de plage
	<input type="checkbox"/> Chapeau/Casquette
	<input type="checkbox"/> Crème solaire et chasse moustique

** Des objets personnels comme Ipad, Switch, des livres et d'autres objets occupationnels similaires peuvent être inclus dans la valise (ils doivent être identifiés). Cependant, la Maison Maguire ne peut être tenue responsable des pertes, oublis, bris ou vols. **Il est de votre responsabilité de vérifier le contenu de la valise avant le départ.**

** Les vêtements et les effets personnels doivent **obligatoirement être identifiés.**

** La crème solaire et le chasse-moustique sont **obligatoires.**

** Les médicaments doivent **OBLIGATOIREMENT** être en dosette (dispill).

À noter que le contenu de la valise varie selon les saisons.

Veillez prévoir des vêtements, médicaments, épaisseur à liquide pour la durée complète du séjour en quantité suffisante. Cela nous évitera de faire du lavage (5\$ la brassée) et de faire des achats qui vous seront facturés, ainsi que des frais d'administration et de déplacement, en cas de besoin.